

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°
809

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice UZAN

Né le 9 Avril 1913, à TUNIS (Tunisie)

Contribution à l'Etude
du Rhumatisme Amibien

Président : M. TANON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice UZAN

Né le 9 Avril 1913, à TUNIS (Tunisie)

Contribution à l'Etude
du Rhumatisme Amibien

Président : M. TANON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1938

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoulLE'G.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.

HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

R. UNIV.
 BIBLIOTHEEK
 LEIDEN

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK-
 RENTANO ... Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
EC ALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE VENEREE
DE MA MERE

A MON PERE
LE DOCTEUR MICHEL UZAN

A qui je dois tout, bien faible
témoignage de ma profonde recon-
naissance et de mon grand amour
filial.

A MA FEMME

Tant aimée.

A MON FRERE ET A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie
Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il
a bien voulu nous faire en accep-
tant la présidence de cette thèse.

A MON AMI LE DOCTEUR MAMOU

Chef de Clinique Médicale à la Faculté

Qui nous a inspiré le sujet de
ce travail.

Ma respectueuse sympathie et
ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR EMILE SERGENT.

M. LE PROFESSEUR LEVEUF.

M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

M. LE PROFESSEUR SCHWARTZ.

M. LE DOCTEUR HALBRON.

M. LE DOCTEUR LESNE.

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE.

M. LE PROFESSEUR GUILLAIN.

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

- M. LE DOCTEUR KUSS (*Pitié*).
M. LE PROFESSEUR MARCEL LABBE (*Cochin*).
M. LE PROFESSEUR BOULIN (*Cochin*).
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU (*Tarnier*).
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT (*Saint-Louis*).
M. LE DOCTEUR GOUVERNEUR (*Saint-Louis*).

AU MÉDECIN-COMMANDANT MARTIN

Médecin des Hôpitaux Militaires

AU MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL LE COTY

Contribution à l'Etude du Rhumatisme Amibien

INTRODUCTION

Nous avons observé un cas de rhumatisme subaigu évoluant chez une dysentérique amibienne méconnue et pour lequel on discutait le diagnostic de rhumatisme bacillaire.

La découverte d'amibes dysentériques typiques dans les selles nous a fait discuter le diagnostic de rhumatisme amibien possible et nous avons soumis notre malade au traitement anti-amibien (émétine, stovarsol, yatren, pâte de Ravaut). Sous l'influence de cette thérapeutique ce rhumatisme qui évoluait depuis des mois a été jugulé presque totalement, de sorte que nous avons pu nous demander s'il ne s'agissait pas d'un rhumatisme amibien typique.

La recherche de cas semblables dans la littérature française et étrangère nous a montré que la question du rhumatisme amibien a intéressé quelques Cliniciens, qu'il existait des observations, quoique rares, de cette variété de rhumatisme.

Il nous a paru intéressant d'apporter une contribution à l'étude d'une question encore peu connue en versant au débat notre observation.

Ce travail comportera cinq parties :

La première est consacrée à l'histoire de la question ;

La deuxième partie comprend notre observation et celle de MM. CHIRAY, STIEFFEL, CAUVIN ;

La troisième se rapporte à l'étude clinique du rhumatisme amibien ;

La quatrième partie est constituée par l'étude pathogénique de cette affection ;

Enfin, dans le dernier chapitre, nous envisageons l'étude thérapeutique.

HISTORIQUE

Les cas de Rhumatisme secondaire à la dysenterie amibienne sont à notre connaissance assez rares dans la littérature. Contrairement au rhumatisme dysentérique bacillaire, peu d'auteurs ont étudié la question du Rhumatisme amibien.

ELY et ses collaborateurs croient que le rhumatisme chronique hypertrophique est dû à l'*Entamoeba dysenteriae* et qu'il est deux fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

KOFOID et SWEZY auraient même observé la présence d'*Entamoeba dysenteriae* dans certains points nécrosés des travées osseuses, au voisinage des surfaces articulaires, cas unique d'ailleurs.

BARROW considère les différentes formes d'invalidité chronique présentées par les rhumatisants chroniques comme attribuables à des parasites variés, en premier lieu le *Chilomastix mesulii*, en second lieu l'Amibe, en troisième rang le *Trichomonas*, en quatrième la *Giardia* (ou *Lambliia*) et en dernier lieu la *Craigia* et la *Waskia*.

ELY et BARROW ont rapporté des résultats très frappants à la suite du traitement spécifique de l'amibiase.

PEMBERTON, dans son Traité du Rhumatisme chronique, juge que les observations recueillies sont très

imprécises, très disparates et trop insuffisamment contrôlées pour qu'il soit possible d'accepter sans réserve l'étiologie amibienne du rhumatisme chronique.

GLENARD et J. HILLERET font une revue d'ensemble des manifestations rhumatismales, séquelles de la dysenterie amibienne. Ils pensent que les arthrites inflammatoires vraies et les arthroses de la classification de COSTE, FORESTIER et LACAPÈRE, ainsi que les myalgies lombaires à type de pseudo-sciatique, s'observent au cours de la dysenterie amibienne.

CHIRAY, STIEFFEL et CAUVIN, dans un travail récent, citent l'observation d'un cas de rhumatisme subaigu de type infectieux guéri par le traitement anti-amibien.

Dans le Traité classique de ROGER, WIDAL et TEISSIER, DOPTER dit que le pseudo rhumatisme s'observe au cours de la dysenterie amibienne ou pendant la convalescence et qu'il est moins fréquent que dans la dysenterie bacillaire.

OBSERVATIONS

I. — OBSERVATION PERSONNELLE (1)

Mlle T..., originaire de Tunis, vient nous consulter le 6 septembre 1938 pour un rhumatisme subaigu apparu depuis quinze mois dont la nature n'a pu être déterminée. Ce rhumatisme siège surtout à la cheville gauche et secondairement aux articulations coxo-fémorales et dorso-lombaires.

La cheville gauche est nettement tuméfiée, chaude à la palpation, douloureuse spontanément et à la mobilisation. Il existe un œdème rosé prenant le godet, s'étendant depuis la région dorsale du pied jusqu'à un travers de main au-dessus de la cheville. La marche est extrêmement difficile et nécessite l'usage de béquilles.

Les articulations coxo-fémorales sont légèrement douloureuses spontanément et à la pression des crêtes iliaques mais on ne trouve ni à la région inguinale ni au toucher rectal des douleurs nettes à des points précis.

Les articulations vertébrales sont également atteintes. Il existe une légère cyphose dans la région dorsale, la malade se tenant courbée en avant. Dans la région dorso-lombaire la palpation et la percussion des apo-

(1) MAMOU et UZAN : Le rhumatisme amibien ; paraîtra dans la *Gazette des Hôpitaux* prochainement.

physes épineuses révèlent une légère douleur allant de la septième dorsale à la troisième lombaire.

Au point de vue radiographique, les articulations vertébrales sont indemnes, ainsi que les articulations coxo-fémorales. Par contre, la tibio-tarsienne présente sur les clichés une décalcification assez marquée sur l'extrémité inférieure du tibia, sur l'astragale et sur le calcaneum. Il existe même sur ce dernier dans la région plantaire et dans la région d'insertion du tendon d'Achille deux petits épérons osseux nettement visibles.

Les autres articulations, du cou, des épaules, du coude et du poignet, sont indemnes cliniquement et radiologiquement.

Ce rhumatisme subaigu évolue depuis quinze mois, comme nous l'avons dit, avec des périodes de légère amélioration et des rechutes très douloureuses et de plus en plus fréquentes. L'articulation de la cheville, au début mobile, est actuellement très limitée dans les mouvements spontanés et provoqués.

Point très spécial sur lequel nous insisterons, l'évolution a toujours été apyrétique malgré les poussées inflammatoires manifestes présentées par les articulations atteintes.

La malade sur laquelle évolue ce rhumatisme est une jeune fille d'une vingtaine d'années, extrêmement amaigrie. Son facies aux pommettes saillantes, son thorax amaigri avec ses côtes saillantes, l'asthénie très accusée évoquent d'emblée l'idée d'une bacillose.

C'est d'ailleurs le diagnostic de rhumatisme tuberculeux qui a été porté par plusieurs de nos confrères à Tunis malgré les nombreuses radiographies peu explicites. Du reste l'examen pulmonaire, clinique et radiographique ne montre aucune lésion décelable.

La poursuite de l'examen clinique montre que le cœur est indemne, la tension artérielle basse (9-6).

Le foie, la rate, les réflexes, les pupilles sont absolument normaux.

Notons toutefois une pyorrhée alvéo-dentaire très nette.

Par contre, l'examen clinique montre un symptôme extrêmement important qui d'emblée attire notre attention : il existe une colite chronique avec points douloureux extrêmement nets sur le côlon gauche et particulièrement au point splénique. Cette constatation nous fait interroger la malade sur ses antécédents intestinaux et nous apprenons que cette malade est atteinte d'une diarrhée rebelle depuis le début des manifestations rhumatismales.

Les selles sont fréquentes, cinq à six par jour, abondantes, s'accompagnant souvent de ténésme. Il y a même eu au début des glaires sanguinolentes. Ces manifestations diarrhéiques si importantes ont été complètement négligées et mises sur le compte de l'alimentation.

En résumé, il s'agit d'un rhumatisme subaigu apyrétique, polyarticulaire, évoluant chez une jeune fille d'une vingtaine d'années atteinte depuis le début des manifestations intestinales d'une diarrhée rebelle avec syndrome colitique très net.

En présence de ces données, nous pratiquons les explorations suivantes :

Cuti-réaction à la tuberculine : négative.

Bordet-Wassermann : négatif.

Cholestérinémie : 1 gr. 69.

Réaction de Vernes à la résorcine : 54.

Urines : sucre, 0 ; albumine, 0.

Examen parasitologique des selles, après réactivation

par une purgation au sulfate de soude : présence d'amibes dysentériques typiques, présence de kystes de lamblia et giardia intestinalis.

Ces différents examens nous montrent donc que notre malade est une dysentérique amibienne méconnue et que chez elle évolue un rhumatisme subaigu, polyarticulaire dont la nature demande à être déterminée. S'agit-il en effet d'un rhumatisme amibien ? Nous ne pouvions l'affirmer car il se pouvait très bien que cette amibienne méconnue présentât un rhumatisme de toute autre nature.

La réaction de Vernes à la résorcine étant élevée à 54 ne nous a pas fait retenir le diagnostic de rhumatisme tuberculeux malgré ce chiffre élevé, car la cuti-réaction à la tuberculine était totalement négative et qu'il n'existait aucun signe pulmonaire en faveur de ce diagnostic. Du reste, la réaction de Vernes n'est-elle pas toujours augmentée dans les manifestations articulaires subaiguës sans que l'on puisse inférer de cette augmentation à la nature tuberculeuse des accidents ?

D'autre part, le traitement salicylé auquel a été soumise notre malade a été complètement inefficace.

Pour étayer le diagnostic de rhumatisme amibien possible il nous fallait une deuxième épreuve :

— *L'épreuve thérapeutique.*

Nous soumettons la malade au traitement émétinien (0 gr. 04 deux fois par jour de chlorhydrate d'émétine pendant huit jours), par la bouche nous faisons alterner la pâte de Ravaut, le stovarsol à 0 gr. 50 par jour et le yatren.

Au bout d'une semaine de ce traitement la malade, qui a admirablement supporté l'émétine, présente une transformation radicale de toutes ses manifestations articulaires. Sa cheville a diminué au moins de moitié, les

douleurs ont commencé à s'atténuer dès la troisième injection d'émétine.

Les selles sont actuellement moulées et ne s'accompagnent plus de ténésme. Elles ont diminué de fréquence (deux selles par jour).

Mais après l'émétine nous continuons le traitement par la bouche : pâte de Ravaut, stovarsol auquel nous ajoutons l'hectine (0 gr. 10 par jour pendant une semaine).

L'amélioration dure environ une quinzaine de jours mais le 10 octobre 1938, la malade présente une nouvelle rechute du côté de son articulation tibio-tarsienne. De nouveau la cheville est enflée, chaude à la palpation. Les douleurs ont de nouveau réapparu.

Nous remettons la malade à une série nouvelle d'émétine (4 centigrammes deux fois par jour pendant huit jours) tout en continuant le traitement par voie buccale. L'émétine a encore une fois raison rapidement des manifestations articulaires. L'intestin va tout à fait bien. La malade a pris deux kilos. Il ne persiste qu'une légère pesanteur dans la région dorsale, mais la cheville est presque normale quoiqu'il existe encore une légère limitation des mouvements.

Depuis cette époque, la malade va mieux surtout au point de vue articulaire. Nous avons ajouté au traitement quelques injections intra-dermiques d'histamine dans la région dorsale.

II. — OBSERVATION DE MM. CHIRAY, STIEFFEL ET CAUVIN

V... (Hubert), seize ans. A présenté depuis 1934 plusieurs poussées douloureuses dans les muscles et les articulations des membres et de la colonne vertébrale.

Première crise en octobre 1934 : Réaction douloureuse dans les muscles de la cuisse gauche avec flexion de la cuisse sur le bassin, accompagnée d'adénopathie inguinale. Pas de réaction fébrile. Guérison en une dizaine de jours par simple repos au lit.

Deuxième crise en juillet-août 1935 : A la suite d'un bain de mer prolongé, douleurs fugaces dans les membres inférieurs, augmentées par la station debout et la marche, mais n'ayant pas immobilisé le malade.

Troisième crise en décembre 1935 : Apparition de points douloureux à la pression de certaines articulations (hanches-genoux).

Quatrième crise en mai 1936 : Crise de douleurs articulaires sans réaction fébrile. Angine rouge précédant l'apparition des douleurs rhumatismales. Rémission des symptômes à la suite d'une cure thermique à Aix.

Cinquième crise en décembre 1936 : avec température à 38°. Angine rouge au début. Hydarthrose du genou gauche.

A partir de ce moment, l'affection semble évoluer vers la chronicité, avec alternatives de poussées inflammatoires des articulations et de rémissions incomplètes. De janvier à juin 1937, le malade présente plusieurs poussées d'hydarthrose des genoux, de rhumatisme vertébral à type de torticolis. On note fréquemment des poussées fébriles à 37°5-38°.

Pendant cette période de six mois, diverses thérapeutiques sont successivement essayées, sans résultats appréciables.

En janvier et février 1937, plusieurs cures d'un médicament antistreptococcique sulfo-conjugué sont faites sans succès.

En mars et avril 1937, on pratique 12 injections intramusculaires de sels d'or, en dépit desquelles les dou-

leurs persistent dans l'articulation de la hanche gauche et dans la colonne cervicale. Même échec d'une série d'applications de diathermie en avril.

En mai 1937, au cours d'une poussée aiguë de rhumatisme vertébral qui retient le malade pendant un mois, on constate une augmentation de volume du foie débordant le rebord costal de deux travers de doigt, et de la rate, ainsi que l'existence de selles non moulées.

En présence de ces symptômes, et en raison des antécédents d'amibiase relevés chez le père du jeune malade et du séjour prolongé de ce dernier au Maroc, on décide de faire une série d'injections sous-cutanées de 0 gr. 02 d'émétine, bien que la recherche des amibes et des kystes ait été négative dans les selles.

Le lendemain de la première injection d'émétine la température oscillait jusqu'alors entre 37° et 38° s'élève brusquement à 39°4.

Le traitement est néanmoins continué pendant dix jours au cours desquels la fièvre oscille entre 38° et 39°. A la fin de ce traitement émétinique apparaît une volumineuse hydarthrose du genou gauche d'où l'on retire par ponction 30 cc. d'un liquide amicrobien contenant de nombreux polynucléaires et ne tuberculisant pas le cobaye. Cet épanchement se résorbe spontanément en une dizaine de jours.

A partir du mois de juin, on continue le traitement antiamibien en donnant alternativement pendant une semaine sur deux, des comprimés d'un composé arsénical pentavalant à la dose de 0 gr. 10 par jour et pendant la semaine intercalaire 0 gr. 50 d'iodo-chloroxyquinoléine.

Dès les premières semaines de ce traitement, l'amélioration est très nette : disparition des douleurs verté-

brales, musculaires et articulaires, ainsi que des épanchements synoviaux.

Du point de vue abdominal, l'évolution est également favorable : régularisation des selles, retour du foie et de la rate à la normale.

L'état général enfin est excellent : température normale, reprise de poids.

Cette amélioration persiste depuis plus de six mois, fait qui ne s'était pas produit depuis près de deux ans. Il y a eu néanmoins une légère crise douloureuse au mois d'octobre et il faut noter que cette crise s'est produite au moment d'une interruption du traitement.

A la suite de cette poussée le traitement antiamibien fut repris et continué sans interruption depuis.

Les antécédents pathologiques de ce jeune malade sont peu chargés. Notons qu'il est né au Maroc et qu'il a présenté à l'âge de 2 ans un épisode de diarrhée sanglante de trop courte durée pour avoir fait à ce moment rechercher l'amibiase. Il a eu, à 5 ans, une scarlatine légère compliquée de néphrite.

Dans ses antécédents héréditaires, on trouve chez le père, officier aux spahis marocains, une dysenterie amibienne soignée depuis 1933. Trois frères et sœurs bien portants, aucun antécédent de rhumatisme, ni de tuberculose, ni de syphilis.

La recherche des amibes a été négative dans les selles. L'inoculation au cobaye du liquide de ponction de l'articulation du genou ne tuberculisa pas le cobaye.

La formule leucocytaire est sensiblement normale. Il en est de même pour l'examen du liquide de ponction sternale. La cuti-réaction à la tuberculine est négative, ainsi que la réaction de Bordet-Wassermann.

MM. CHIRAY, STIEFFEL et CAUVIN pensent que leur

observation comporte des réserves étant donné qu'elle s'appuie sur l'argument thérapeutique mais qu'elle mérite de retenir l'attention, vu la rapidité d'action du traitement éméтинien comparée à l'inefficacité des diverses thérapeutiques successivement employées.

ETUDE CLINIQUE

Le rhumatisme amibien est sans doute une complication assez rare de la dysenterie amibienne. En effet, malgré que cette affection soit si fréquente et pour ainsi dire à l'état endémique en Afrique du Nord, nous ne trouvons que les observations de HILLERET et la nôtre. Peut-être cette rareté tient à ce fait que l'on méconnaît cette complication et que chez un dysentérique amibien atteint de rhumatisme on pense tout d'abord à un rhumatisme banal d'autre nature que l'amibiase. Quoi qu'il en soit, le rhumatisme amibien, d'après les différentes publications que nous avons citées et d'après notre observation, se présente en clinique de la manière suivante :

1° Il s'agit en général de dysentériques amibiens avérés qui ont eu une ou plusieurs crises typiques de dysenterie amibienne avec selles glaireuses et sanguinolentes, tenesme, épreinte. L'examen parasitologique a montré des amibes dysentériques sous la forme la plus fréquente : *entamoeba dysenteriae*. Mais parfois la dysenterie amibienne a été méconnue car elle s'est présentée sous une de ces formes atypiques ou larvées dont les auteurs modernes ont bien

montré la fréquence, soit forme diarrhéique simple sous forme d'une entérite banale, soit forme camouflée sous forme de troubles dyspeptiques, hépatiques, sous forme de troubles fébriles pseudo-palustres ou des troubles pulmonaires à type pseudo-bacillaire.

Dans tous ces cas, l'examen attentif du malade, la recherche de parti-pris de l'amibiase chez tout sujet qui a séjourné dans un pays où cette affection règne à l'état endémique fera faire le diagnostic en interrogeant soigneusement le malade en recherchant une sensibilité du côlon gauche à la pression, en recherchant une hépatite possible et surtout en complétant l'examen clinique par l'examen parasitologique des selles ; *examen répété et non unique*, sans préparation spéciale pour les kystes amibiens, après une purgation préalable pour rechercher les amibes sur les selles fraîches. Il en était ainsi dans notre observation : l'amibiase était méconnue malgré une diarrhée rebelle datant depuis des années mais étiquetée diarrhée banale par troubles alimentaires. L'examen parasitologique devait nous montrer la présence d'*Entamoeba dysenteriae typiques*.

2° Sur ce terrain si spécial le rhumatisme va se manifester tantôt sous une forme mono-articulaire, tantôt sous une forme poly-articulaire. Il va évoluer soit d'une manière subaiguë, soit d'une manière chronique. Il va s'accompagner de manifestations inflammatoires ou encore de déformations articulaires.

Avec HILLERET s'inspirant des travaux de MM.

COSTE, FORESTIER et LACAPÈRE sur les rhumatismes, nous distinguerons trois formes :

- les formes inflammatoires,
- les arthropathies dégénératives,
- et les myalgies.

Les arthrites inflammatoires sont des complications précoces des dysenteries graves, traînantes et insuffisamment soignées. Elles sont caractérisées par des poussées rhumatismales subfébriles, à tendance ankylosante. Une ou plusieurs articulations sont prises, avec une localisation élective au niveau des petites articulations du carpe, métacarpe des doigts, du tarse, du métatarse, moins fréquemment les coudes, les épaules, les genoux et le rachis. On note les douleurs parfois vives, du gonflement synovial, un peu de fièvre et un mauvais retentissement sur l'état général.

L'évolution se fait par poussées inflammatoires successives qui feront penser à des crises de rhumatisme articulaire aigu. Mais la médication salicylée reste complètement inefficace.

La guérison surviendra grâce à l'émétine, guérison qui s'établira par ankylose, spécialement au niveau des petites articulations.

Les arthropathies dégénératives surviennent tardivement. Elles sont fréquentes chez les anciens dysentériques qui restent des débiles du tube digestif. Ce sont les petites articulations des mains et des pieds qui sont le plus souvent touchées, plus rarement les coudes, les épaules, les genoux et le rachis. Il s'agit surtout d'altérations des extrémités osseuses

et des cartilages avec proliférations ostéophytiques, nodosités, craquements d'arthrite sèche. On note des douleurs sourdes, peu intenses, fugaces chez un sujet apyrétique ne présentant aucune diminution fonctionnelle importante mais chez qui l'état général est amoindri.

Les myalgies sont, de l'avis de HILLERET, les manifestations les plus fréquemment observées dans la dysenterie amibienne. Couramment l'on voit survenir vers la quarantaine des myalgies lombaires, crurales, fessières ; myalgies d'une tenacité désespérante entraînant parfois de l'amyotrophie, une légère impotence fonctionnelle et évoluant par poussées successives, paraissant alterner avec les crises intestinales.

PATHOGENIE

Quelle est la cause du rhumatisme amibien ? Sa nature a été fort peu étudiée. Cela est dû à ce que les observations du rhumatisme amibien sont encore assez rares à tel point que de nombreux auteurs doutent encore de la réalité de ce nouveau chapitre de la rhumatologie. Cependant les cas, comme le nôtre, l'observation de HILLERET, de CHIRAY, STIEFFEL et CAUVIN prouvent que ce rhumatisme existe car il survient chez des dysentériques amibiens et le traitement de l'amibiase guérit à la fois et les phénomènes intestinaux et les phénomènes rhumatismaux. Mais ce chapitre est surtout consacré à l'explication pathogénique du rhumatisme amibien.

Pour ELY et ses collaborateurs le rhumatisme chronique hypertrophique est dû à l'*Entamoeba histolytica* qui pénètre dans l'organisme grâce à l'infection alvéolaire qui siège à la racine des dents et elle passe dans les espaces médullaires contigus aux articulations.

KOFOÏD et SWEZY auraient même observé la présence d'*Entamoeba dysenteriae* dans certains points nécrosés des travées osseuses, au voisinage des surfaces articulaires.

Dans les travaux de GLENARD et J. HILLERET nous trouvons les explications suivantes :

« Malgré l'opinion de DESCHIENS, il semble qu'on puisse admettre avec MM. BERTRAND, PEYROT, LACAZE, MELNOTTE et PETZETAKIS, que la dysenterie n'est pas exclusivement une maladie locale de l'intestin mais qu'il peut y avoir, tout au moins au début, pénétration transitoire des amibes dans la circulation générale. Les rhumatismes post-dysentériques peuvent provenir d'une sorte de sensibilisation ou d'allergie (M. P. WEILL) provoquée par cette amibiémie passagère ou par des toxines émanant des amibes et retentissant sur le système vago-sympathique. »

En résumé les différentes opinions peuvent être exprimées de la manière suivante :

L'amibe peut ne pas avoir seulement une localisation intestinale et de même qu'il peut y avoir des localisations hépatiques et pulmonaires de l'amibiase on peut encore trouver des localisations articulaires. L'observation de KOFOÏD et SWEZY reste unique avec cette constatation. Il sera à souhaiter que dans des cas semblables on recherche l'amibe dans l'articulation. Le rhumatisme serait donc dû à l'action directe de l'amibe sur l'articulation.

En réalité si cette pathogénie peut expliquer un certain nombre de cas, elle ne peut expliquer les cas de rhumatisme post-amibien où l'amibe a disparu de l'intestin. Faut-il admettre avec HILLERET qu'il s'agisse d'un rhumatisme allergique dans un organisme sen-

sibilisé à l'amibiase. C'est une hypothèse qui demande confirmation et de nouveaux travaux.

Quoi qu'il en soit, retenons ce fait que l'émétine, dans tous les cas, fait rétrocéder les manifestations inflammatoires de ce rhumatisme et guérit pratiquement les malades dans tous les cas où cette thérapeutique a été utilisée.

TRAITEMENT

Les manifestations rhumatismales dont nous parlons étant directement liées à l'amibiase, la thérapeutique devra lutter surtout d'abord contre cette maladie causale :

— séries d'injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine (chaque série comprenant 0 gr. 04 d'émétine deux fois par jour pendant huit jours).

— absorption de : pâte de Ravaut, stovarsol à 0 gr. 50 par jour, yatren, en faisant alterner ces médications.

Tel sera le traitement de fond du Rhumatisme amibien, traitement de longue durée demandant plusieurs mois au moins, plusieurs années souvent.

Des auteurs américains préconisent :

— soit l'ipéca et ses alcaloïdes comme REED ;

— soit des protéines étrangères et physiothérapie, comme ELY.

Nous pourrions ajouter au traitement anti-amibien, un traitement rhumatismal qui se fera par le soufre et surtout l'iode et non par le salicylate constamment inefficace comme l'ont montré les observations précédentes.

Nous alternons ainsi des séries de traitement anti-

dysentérique et des séries de traitement antirhumatismal.

Il faudra en outre songer à la crenothérapie :

Plombières, pour les malades rhumatismaux nerveux à paroxysmes fréquents et douloureux ;

Châtel-Guyon ou *Vichy*, si les troubles intestinaux ou hépatiques prédominent.

Quand l'état intestinal et général se sera nettement amélioré, une cure à *Dax* ou à *Aix-les-Bains* sera indiquée.

CONCLUSIONS

I. — Le Rhumatisme amibien est une complication peu connue de l'amibiase.

II. — Nous apportons dans notre thèse une contribution personnelle à l'étude de ce rhumatisme peu fréquent : observation clinique et thérapeutique d'une malade atteinte de dysenterie amibienne méconnue et d'un rhumatisme subaigu polyarticulaire datant de dix-huit mois.

Malgré toutes les thérapeutiques employées précédemment (salicylate, tuberculine, sels d'or) il n'y eut aucune amélioration.

La découverte d'amibes dysentériques dans les selles nous fit pratiquer le traitement émétinien, puis le traitement arsénical de l'amibiase et, sous l'influence de cette thérapeutique, il y eut une amélioration subite et quasi spectaculaire.

III. — Les cas précédemment signalés et notre observation nous permettent d'attirer l'attention sur cette complication classiquement peu fréquente et de décrire avec HILLERET des formes inflammatoires, des formes dégénératives et les myalgies.

L'évolution de ce rhumatisme se fait vers l'ankylose lorsque sa nature étiologique est méconnue.

IV. — Il est donc essentiel en présence d'un rhumatisme subaigu chez une malade atteinte de manifestations intestinales de penser à la possibilité de l'amibiase, de rechercher avec tous les soins nécessaires l'amibe ou les kystes dans les selles et de tenter même le traitement émétinien. L'émétine, comme nous l'avons montré, a une action incontestable sur ces rhumatismes.

V. — Alors que le rhumatisme dysentérique bacillaire est très classique et bien connu, le rhumatisme amibien est méconnu et il est à souhaiter que dans les pays d'endémie amibienne (Afrique du Nord particulièrement) on envisage plus souvent cette étiologie afin de faire bénéficier les malades d'un traitement spécifique et efficace.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
TANON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARROW et ARMSTRONG. — *Journal Iowa State Med. Soc.*, 15, 1925.
- CHIRAY (M.), STIEFFEL (R.) et CAUVIN (J.). — Un cas de rhumatisme subaigu de type infectieux guéri par le traitement anti-amibien. Contribution à l'étude du rhumatisme amibien (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 mai 1938).
- DÉROT (M.). — Le rhumatisme dysentérique (*Gazette Médicale de France*, 15 janvier 1930).
- DOPTER. — Complications de l'amibiase ; le pseudorhumatisme dysentérique (*Traité de Médecine de Roger, Vidal et Teissier*, tome III).
- ELY. — The great second type of chronic Arthritis, Calif (*State Journal of Medicine*, octobre 1922).
- FISCHER (A. L.). — Some considerations of second type arthritis as exemplified in shoulder joint (*J. Bones et Joint. Surg.*, 10 janvier 1928).
- GLENARD et HILLERET (J.). — Séquelles rhumatismales de la dysenterie amibienne (*Maroc Médical : Congrès de l'Amibiase de Casablanca*, avril 1936).
- GUIDO ISARD. — Amibiasi.
- HUARD. — Nouvelles recherches sur les aspects chirurgicaux des dysenteries et colites tropicales (*Archives des Maladies du Tube digestif et de la Nutrition*, mai 1937).

KOFOÏD (Ch.-A.) and SWEZY (O.). — On the occurrence of *Entamoeba dysenteriae* in Arthritis deformans (*Calif. State Journ. of Med.*, février 1922).

NINO (F.-L.) et MASUCCI (A.-L.). — Amibiasis osteo-articular de la cadera (*Bol. Inst. de Chir.*, quir. 2 : 280-288, 1926).

PEMBERTON (traduction A. et F. Françon). — Le Rhumatisme chronique, Paris, Doin, 1923.

